

Utilisation des facteurs de risque pour la prise en charge de l'ostéoporose : Aspects méthodologiques

Patricia Dargent, INSERM Unité 149, Villejuif 94

Le but des traitements de l'ostéoporose est de prévenir les fractures, et il est de plus en plus reconnu que la décision de traiter doit être basée sur l'évaluation du risque individuel de fracture. L'objectif étant de réserver les traitements aux femmes les plus à risque et d'éviter de traiter les femmes à faible risque, puisque tout traitement présente des risques aussi bien que des bénéfices.

Actuellement, la mesure de la DMO est considérée comme l'élément clé pour évaluer le risque de fracture et la plupart des " guidelines " européens de pratique clinique recommandent de traiter les femmes dont le T-score est inférieur à -2,5 (ce qui correspond au seuil diagnostique de l'ostéoporose proposé par l'OMS).

Cependant, les résultats d'études épidémiologiques prospectives montrent que le risque de fracture, pour un niveau donné de DMO, varie beaucoup en fonction de l'âge et de la présence d'autres facteurs de risque de fracture. Il en découle que le seuil de DMO utilisé pour décider de la mise en route d'un traitement devrait être modulé en fonction de l'âge et des autres facteurs de risque. Pour un âge donné, on pourrait imaginer un premier seuil de DMO bas qui, par lui-même, confère un risque élevé de fracture ; et un deuxième seuil, un peu moins bas, mais qui, en présence d'autres facteurs de risque, confère lui aussi un risque élevé de fracture. On en déduit également que la prise en compte de facteurs de risque cliniques, en plus du niveau de la DMO, devrait permettre de mieux apprécier le risque individuel de fracture et de définir les groupes à haut risque susceptibles de bénéficier des traitements préventifs.

Le risque de fracture correspond à la probabilité de fracture sur une période de temps donnée. Compte tenu de ce que l'on sait de la valeur prédictive de la DMO et des facteurs de risque, et de l'efficacité des traitements, la probabilité de fracture sur 10 ans semble être la mesure du risque la plus appropriée à l'heure actuelle.

Le niveau de risque de fracture au-delà duquel un traitement est indiqué (appelé seuil de haut risque ou seuil d'intervention) dépend des bénéfices ainsi que des coûts et des risques (effets secondaires) du traitement considéré. La détermination du seuil d'intervention s'appuie en grande partie sur les résultats d'analyses de type économique permettant d'évaluer le rapport coût-bénéfice des traitements. Celui-ci varie beaucoup en fonction du type de fracture considéré.

De nombreux facteurs de risque de fracture ont été mis en évidence. Si l'on envisage de calculer un score individuel de risque à partir de la DMO et d'un panel de facteurs de risque, les facteurs les plus utiles seront ceux qui sont simples à mesurer en clinique et qui sont prédictifs des fractures " indépendamment " de la DMO. En dehors de l'âge, on peut citer les antécédents personnels de fracture, les antécédents maternels de fracture de l'extrémité supérieure du fémur, une ménopause précoce, la baisse des capacités neuromusculaires, la baisse de l'acuité visuelle, l'utilisation prolongée de corticoïdes. La pertinence de ces différents facteurs pour l'évaluation individuelle du risque varie en fonction de l'âge.

A l'heure actuelle, la mesure systématique de la DMO n'étant pas recommandée, un score de risque combinant DMO et facteurs cliniques ne peut pas être utilisé en première intention. Plusieurs stratégies de dépistage ont donc été proposées. La première consiste à calculer un score de risque basé uniquement sur des facteurs cliniques, et à utiliser ce score comme outil de " tri " pour distinguer trois groupes de patientes : un groupe à haut risque de fracture auquel on proposerait d'emblée un traitement, un groupe à risque intermédiaire auquel on proposerait un examen complémentaire par DXA, et un groupe à faible risque auquel on ne proposerait ni examen ni traitement. L'utilisation d'un tel score pose la question de l'efficacité des traitements dans le groupe classé à haut risque (puisque les femmes de ce groupe n'ont pas nécessairement une DMO basse). Une autre stratégie consiste à

utiliser d'abord un score clinique de risque d'ostéoporose afin de repérer les femmes à haut risque de DMO basse qui devraient avoir une mesure de la DMO ; puis, à utiliser, chez les femmes ayant une DMO basse, un score clinique de risque de fracture afin d'augmenter la valeur prédictive de la DMO.

Un certain nombre de scores de risque de fracture (avec ou sans la DMO) ont été construits à partir des données de quelques grandes enquêtes épidémiologiques prospectives. Par ailleurs, différents scores de risque d'ostéoporose ont également été proposés dans la littérature. Mais, la capacité de la stratégie globale de dépistage à repérer des femmes au-dessus d'un seuil donné de haut risque a rarement été évaluée. D'autres éléments doivent également être pris en considération pour comparer l'intérêt respectif de différentes stratégies, en particulier l'efficacité des traitements (voir plus haut), l'accessibilité, l'acceptabilité, ainsi que le rapport coût-efficacité qui est conditionné non seulement par le niveau de risque des femmes sélectionnées, mais aussi par le nombre de femmes sélectionnées et le nombre d'examens complémentaires effectués.